

ДЕФОРМАЦИЈА НА ТЕЛО НА МОСТ ВО ЗАВИСНОСТ ОД ФОРМАТА И ДОЛЖИНАТА НА ТЕЛОТО

Баевска Јагода, Е. Мирчев, Д. Чалоски

Деформацијата на тело на мост е присутна во клиничката практика. Повеќегодишното искуство покажува дека таа зависи од повеќе фактори, меѓу кои формата и должината на телата. Таа најмногу е застапена кај телата со срцевидна форма на пресек (хигиенски мост) кај 29 (70, 73%) мостови. Кога телата се со 4 меѓучлена, се забележува деформација дури и кршење на телата, што не е индикација за изработка на мостовска конструкција.

Клучни зборови: тело на мост; мостови; лемење, стоматолошко;

Денталните мостови по форма, големина и висина треба да одговараат на изгубените заби и да бидат во правилен однос со антагонистите за да добијат хармонична и урамнотежена оклузија. Под дејство на силите на двакопритисок, кои кај одсредени пациенти може да достигнат и до 1000 N, мостот може да ја загуби својата функција, ако се појави деформација на телото.

Според класичното сфаќање, анатомската форма на телото не е толку битна, се посветувало поголемо внимание на начинот за одржување на хигиената, па се изработувало секаде каде што имало услови – хигиенски мостови, а во видливиот предел да има природен изглед. Pöfel (6) опишал модифициран хигиенски мост и рекол дека – за да се реши хигиенскиот момент, а и да нема проблеми со цврстината, ако се подели телото на три дела, треба да има висина колку што изнесува ширината на оклузалниот дел.

Swickerath(7) во 1974 год. го мерел оптоварувањето на различни мостовски конструкции кај пациенти со максимално постигната двакална сила при загриз. Се покажало дека од пресудно значење се формата и должината на мостот.

Денешниот став е телото на мостот да се моделира повеќе морфолошки и кога мостот е во видлив или невидлив предел, а да се внимава на изборот на легурата.

Целта на овој труд е да се проучи и презентира степенот на застапеност на деформацијата на мостовите во клинички случаи и нејзината зависност од формата и должината на телото.

Материјал и метод

Материјалот е добиен преку клинички испитувања во еден подолг период. Прегледани се деформирани мостовски конструкции на пациенти што дошле на Клиниката.

Испитувањето се состоеше од: анамнестичко испитување, клиничко испитување и анализа на студио-модел. Од анамнестичкото испитување се запознавме со времето на изработка и времето на носење, како и со субјективните тешкотии.

Од клиничкиот преглед се запознавме со локализацијата на мостот, формата на телото, односот на телото спрема гингивата, бројот на меѓучленовите и техниката на изработка. Исто така не интересираше дали протетичката рамнина е нарушена.

На студио-моделите правевме напречни расечувања кои ни послужија за проучување на формата на телото со анализирање на соодносот на ширината и висината.

Резултати

Деформацијата на телото на мостовите претставува голема непријатност за пациентот. Со промената на формата се нарушува превентивната, функционалната, фонетската и естетско-физиономиската реконструкција на прекинатите забни низови. Карактеристична е појавата на болка на забите-носачи при цваќање кај скршени-те тела на мостовите. Времето на носење на мостовите е различно и се забележува во период од привремено цементирање, што е во мал број случаи, па сè до време на носење од 20 год.

Кај прегледаните мостови од клиничка практика најдени се 79 пластично деформирани мостовски тела. Мостовите се изработени од **дентални** златни легури, и тоа 58 мостови (73,41%), а 21 мост (26,59%) се од сребрено-паладиумски легури.

Техниката на изработка на деформирани мостови е кај 52 случаја (65,82) по пат на дводелни мостови, кај кои леменото место е слабата страна. Врските се дводелно штанцани или леани коронки, што исто така влијае да дојде до деформација. Откако се помина на изработка на едноделно леаните мостовски конструкции, појавата на деформациите е помала.

1. Во анализата на пластично деформирани тела на мостови (79), од вкупно прегледаните, во горната вилица беа 28 (33,44%), чиј пресек на телата е правоаголен триаголник.

а) Со анализирањето на 28 мостови на студио-модел најдени се 15 случаи (53,57%) кај кои цваќалната површина на телата е редуцирана за 1/3 од вестибуло-оралниот промер на изгубените заби, а висината изнесува максимум од дозволеениот простор. Ширината на телата и висината се со приближно еднакви вредности или висината е нешто поголема, но поради ненивелираност на оклузалната рамнина на одделни места висината е помала. Телата се со 3 меѓучлена.

б) Забележани се 5 мостови (17,86%) со деформирани тела, чиј пресек на телата е правоаголен триаголник, со ширина на металниот скелет половина од ширината на цваќалната површина на забите што се надоместуваат, а висината изнесува максимум од дозволеениот простор.

в) Исто така, регистрирани се и 8 мостови (28,57%) со истата форма на телата на пресек, кои имаат 4 меѓучленови. Иако тука висината е поголема од ширината, должината е несоодветна.

2. Од прегледаните 79 случаи во долната бочна регија најдени се 10 мостови (12,66) со деформирани тела, чиј пресек е рамнокрак триаголник.

а) Со испитувањето се забележа дека кај 6 случаи (60%) ширината на телата е редуцирана за 1/3 од вестибулооралниот промер на изгубените заби, а висината изнесува максимум од дозволеениот простор. Но, поради ненивелираност на оклузалната рамнина на одделни места висината е помала. Неподготвувањето на оклузалната рамнина доведува до намалување на висината и до несакани последици. Телата се со 3 меѓучлена.

б) Од испитаните случаи присутни се 4 моста (40%) со деформирани тела, кои имаат 4 меѓучлена.

3. Мостови со приближно срцевидна форма на пресек во долната бочна регија се 41 (51,9%), анализирани клинички и на студио-модел.

а) Дванасет мостови (29,27%) од 41, чии тела се 2-3 mm на растојание од гингивата, се со намалена висина. Таа е намалена на одделни места и поради спуштени антагонисти, без да бидат претходно доведени на ниво на оклузалната рамнина. Телата се целосно леани со по 3 меѓучлена.

б) 29 моста (70,73%), чии тела се со форма на срце, на пресек се со висина половина од висината на празниот простор. Телата се целосно леани. Со два меѓучлена 7 се деформирани (24,1%), додека со 3 меѓучлена 12 (41,4%) и со 4 меѓучлена 10 (34,5%) се скршени. Исто така, присутна е и ненивелираност на оклузалната рамнина. Пред да се изработат мостовите, состојбата на елонгираните заби не е изменета, изработените тела имаат многу помала висина од ширината и во таа состојба, антагонистот навлегува како клин, предизвикувајќи кршење или деформација на телата.

Дискусија

Клинички, во одредени случаи, се јавува деформација на телата на мостовите во устата на пациентите. Резултатите покажуваат дека пластична деформација, односно добивање простор меѓу антагонистите и телото и нарушена урамнотезена оклузија, се забележа во најголем број случаи кај 29 (70,73%) мостови, чии тела се со срцевидна форма на пресек (хигиенски мост). Кај 22 (75,9%), телата беа скршени.

Уште во 1963 година Vukovoјас(9) посочи дека при изработка на мост со мал профил на тело доаѓа до негово свиткување и губење на оклузијата нарушување на функцијата на дваќање, често инклинирање на носачите. Прёмногу грацилното моделирано тело на мост при оптоварување брзо се деформира и со тоа го загрозува ткивото на гребенот (2;8).

Einger и Reimers (2) експериментално испитувајќи ги телата на мостови со пресек во форма на срце, со најмал пресек во средината, добија резултати, дека тие се повеќе подложни на деформацијата.

Исто така повеќе е застапена деформацијата и кај телата со триаглеста форма на пресек, од кои 15 случаи (53,57%) во горната вилица, а 6 (60%) во долната вилица. Ширината на цвакалната површина е редуцирана за 1/3, а висината изнесува максимум од дозволеениот простор. Поради ненивелираност на оклузалната рамнина на одделни места висината е помала. Мирчев и сор. (5), врз база на клинички материјал, заклучија дека често, во практиката, се изработуваат мостови на претходно неизнивелирана оклузална рамнина. Еден заб во супраоклузија, што е честа појава, доведува до намалување на висината на телото, навлегувајќи како клин во телото и правејќи *lokus minoris resistens* за деформација или кршење на телото.

Многу често, во практиката се среќаваме со изработени мостови што не одговараат на пропишаните протетички норми. Се прават грешки во планирањето на мостовите (со големо растојание, циновски мост), каде што не е сочуван оптимумот за големината на мостовската конструкција, што, од друга страна, е причина за деформација на телото.

Во нашиот материјал, кај мостовите со три меѓучленови доаѓа до деформација доколку висината е намалена поради хигиенска конструкција, ненивелираност на оклузалната рамнина и несоодветен материјал. Кога телата се со 4 меѓучлена, иако висината е поголема од ширината, се забележува деформација дури и кршење на телата, во горната вилица кај 8 (28,57%), а во долната вилица кај 4 случаи (40%), додека кај мостовите со срцевидна форма на телата на пресек во долната вилица кај 10 случаи (34,5%).

Мирчев (4), Вујошевиќ (8) врз основа на клинички испитуван материјал дојдоа до сознание дека распонот-должината на телото на мостот е од пресудно значење за појавата на деформацијата, односно кршењето.

Заклучок

Клиничките истражувања нè доведоа до следниве заклучоци:

1. најзастапена деформација имаме кај 29 (70,73%) мостови, чии тела се со срцевидна форма на пресек (хигиенски мост), со ширина на цвакалната површина, редуцирана за околу 1/3 од ширината на природните заби, а висината е намалена за 1/2 од висината на оклузогингивалниот простор;

2. повеќе е застапена деформацијата кај мостови со триаглеста форма на пресек кај 15 (53,57%) случаи во горната вилица, додека 6 (60%) во долната вилица со

ширина на цвакалната површина, редуцирана за 1/3, а висината изнесува максимум од дозволениот простор. Поради ненивелираност на оклузалната рамнина, висината е помала на одделни места, каде што забот, кој е во супраоклузија, навлегува како клин во телото, правејќи lokus minoris resistens деформација или кршење на телото;

3. во клиничката практика, кога мостовите се со 4 меѓучлена, иако висината е поголема од ширината, се забележува деформација дури и кршење на телото, што не е индикација за изработка на мостовска конструкција.

DEFORMATION OF PONTICS RELATED TO THEIR FORM AND LENGTH

Baevska J, Mirčev E, Čaloski D.

Summary

Being often faced to deformities of pontics in dental practice we conceived this study to investigate several factors interfering among which, from our several years' experience we should emphasise the form and length of the pontic: Deformations are mostly found in pontics with heart shaped section form (hygienic bridges) or numerically, in 29 (70, 73%) of the total. When the pontic consists of 4 segments, deformities, even cracks are registered, which implies that it is not indicated to fabricate such constructions.

Key words: pontics; dental bridges; dental soldering.

Литература

1. Баевска Ј. Деформација на тело на мост во зависност од висината, ширината и големината на распонот клинички и експериментални испитувања – (магистерски труд) Скопје; Стоматолошки факултет, 1988.
2. Eichner K. Die technische Gestaltung des Brückenkörpers Dental Labor 1982: 1: 43-47.
3. Finger W. Reimers P. Untersuchungen zur Deformation des Brücken körpers, ZWR 1974; 83:782.
4. Мирчев Е. Корелација помеѓу екстрахираните, најдените и потребните протетички реставрации, (хабилитационен труд) Скопје; Стоматолошки факултет, 1977.
5. Мирчев Е. Баевска Ј., Борозанова М., Палчевска З. Несанирана оклузална рамнина како причина за деформација на тело на мост. (Зборник на трудови) VI конгрес на Сојузот на здравствените работници на СРМ, Струга: 1986.
6. Perel ML. A modified sanitary pontic. J Prosth Dent 1972; 28:589-592.
7. Schwickerath H. Die Belastbarkeit von Brückenkonstruktionen in Abhängigkeit vom Material und der Konstruktion, Dtsch Zahnarzt Z 1974; 29:859.
8. Vujošević Lj. Klinička protetika, Fiksne nadoknade. I sveska. Dečje novine, Gornji Milanovac, 1986.
9. Vukovojac P. Stomatološka protetika: Krunice i mostovi. Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1963.